

60

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

260

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 mars 1899, à 1 heure

PAR

Léon LAPORTE

APPENDICITE

ET

COLIQUE DE PLOMB

PRÉSIDENT: M. POTAIN, professeur.

JUGES. { MM. JOFFROY, professeur.
 { LANCEREAUX, } agrégés.
 { DUPRÉ, }

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1899

260

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 mars 1899, à 1 heure

PAR

Léon LAPORTE

APPENDICITE

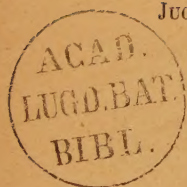
ET

COLIQUE DE PLOMB

PRÉSIDENT: **M. POTAIN**, professeur.

JUGES. . { **MM. JOFFROY**, professeur.

LANCEREAUX, { agrégés.
DUPRÉ, }



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
	{ HUTINEL.
Pathologie médicale.	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie et Matière médicale.	POUCHET.
Thérapeutique.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N...
Pathologie expérimentale et comparée.	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchement.	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Avant de quitter la Faculté de Médecine de Paris, nous nous faisons un pieux devoir d'adresser nos remerciements à tous les professeurs de cette école pour leur savant enseignement.

Nous remercions d'une façon toute spéciale les médecins et chirurgiens des hôpitaux dont les lumières nous ont été si précieuses au lit du malade.

Que nos savants compatriotes, MM. FAISANS et RECLUS, soient assurés de notre gratitude pour l'habileté et le dévouement dont ils ont fait preuve, alors qu'ils étaient chargés de diriger nos premiers pas en médecine et en chirurgie.

Élève des P^{rs} DUPLAY et LANDOUZY, nous remercions de tout cœur ces maîtres éminents dont l'éloge n'est plus à faire. Enfin, nous devons une grande reconnaissance à M. le P^r POTAIN pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

C'est en 1759 que Mestivier publia dans le *Journal de médecine et de chirurgie*, la première observation d'appendicite avec perforation. A cette époque, la typhlite régnait en souveraine, et c'est elle qu'on regardait comme seule responsable de presque toutes les affections ayant pour point de départ la fosse iliaque droite ; l'appendice était alors quantité négligeable, et, à la table d'autopsie, on ne se donnait même pas la peine de l'ouvrir pour l'innocenter. Depuis, les choses ont bien changé d'aspect, et l'on peut dire, sans exagérer, que ce rudiment embryonnaire est maintenant à la tête d'un des plus grands chapitres de la pathologie médico-chirurgicale de l'abdomen.

Après Jadelot (1808), Wegeler (1813), Louvier-Villermay (1824), Mélier insista sur les perforations de l'appendice et en rapporta six observations dont quatre personnelles ; il écrivait : « On n'a pas donné assez d'attention à l'appendice, organe réputé peu important, et dont, à l'ouverture des cadavres, on néglige de constater les lésions ». Il pressentit même le traitement chirurgical puis-

qu'il ajoutait (1) : « S'il était possible d'établir d'une manière certaine le diagnostic, ... on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades par une opération. On arrivera peut-être un jour à ce résultat ».

Depuis, plusieurs auteurs, parmi lesquels Grisolé (1839), Forget (1853), Favre (1851), Leudet (1859), avaient publié des observations tendant à montrer combien fréquemment l'appendice était malade à l'exclusion du cæcum, mais leur voix restait sans écho, endurci qu'on était dans les anciennes théories pathologiques. Albers de Bonn (1838) rendit au cæcum la prépondérance morbide qu'on avait tendance depuis Mélier à attribuer à l'appendice, et la typhlite reprit le premier rang.

Ce n'est qu'en 1886 que les choses furent mises au point, quand, enhardis par l'antisepsie, les chirurgiens américains osèrent porter leur bistouri sur le péritoine, sans craindre que pareille intervention fût un arrêt de mort pour l'opéré. Ils constatèrent alors, dans leurs laparotomies pour pérityphlite, que c'était l'appendice le seul coupable. Talamon porta les derniers coups à la typhlite dans plusieurs articles du *Bulletin de la Société anatomique*, de la *Médecine moderne*, et dans une excellente monographie. Depuis 1892 le cæcum est mis hors cause, et on va même jusqu'à nier la possibilité de son inflammation. « La typhlite primitive des auteurs est une maladie purement théorique (2) » (Talamon).

(1) *Journal général de méd., de chir. et de pharm.*, 1827, p. 317.

(2) *Médecine moderne*, 30 octobre 1890.

Chirurgiens et médecins vivaient tranquilles dans la nouvelle religion, lorsqu'en mars 1896 le P^r Dieulafoy fit à l'Académie de médecine une retentissante communication sur la pathogénie de l'appendicite, — communication bientôt suivie de plusieurs autres, — et suscita de la sorte le nombre considérable de travaux parus à ce sujet dans ces dernières années. Les conditions de développement de l'appendicite, les causes prochaines et éloignées, les accidents localisés, de voisinage, infectieux et toxiques, les rapports avec les autres états normaux ou pathologiques de l'individu, la marche, le pronostic, le traitement, tout a été étudié, discuté, et l'accord maintenant est bien près de se faire sur les points les plus importants.

Il est un état morbide toutefois qui n'a pas été envisagé dans ses rapports avec l'appendicite. Si, à l'heure actuelle, on est à même de poser un diagnostic à peu près certain et de ne point confondre l'appendicite avec un début de travail chez les femmes enceintes, avec une annexite, avec la colique néphrétique ou hépatique, on a laissé de côté la colique saturnine, et c'est l'observation de deux malades du service de M. Gaucher, — observation récemment publiée par M. le D^r Sergent, — qui nous a suggéré l'idée de ce modeste travail. Dans un cas (Obs. I), une erreur de diagnostic fut commise, ou plutôt on porta un diagnostic incomplet; je me suis efforcé d'utiliser les travaux déjà parus pour en dégager les moyens d'arriver à la connaissance aussi exacte que possible d'une association morbide complexe comme l'appendicite et la colique de plomb.

L'étude de la pathogénie de l'appendicite montrera la

possibilité d'une pareille coexistence et l'analyse comparative des symptômes de l'une et l'autre affection permettra, je l'espère, d'appuyer sur de bons arguments un diagnostic complet et de formuler un traitement qui réalise au mieux les indications thérapeutiques fournies par un tel complexe morbide.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE DE L'APPENDICITE

§ I. — Théorie de la compression.

Frappé de la fréquence avec laquelle on trouve dans la cavité d'un appendice malade des corps étrangers plus ou moins variés, [Porter avait émis l'hypothèse qu'il s'agissait purement d'une affection traumatique, la muqueuse éprouvant, de la part du calcul, une diminution de vitalité, et arrivant bientôt à se sphacéler sous l'influence de cette pression continue. Cette théorie simpliste n'eut pas grande vogue, car il ne fut pas difficile de constater que la perforation était loin de se faire d'une façon constante au niveau de l'obstacle.

§ II. — Théorie de la colique appendiculaire.

Talamon apporta une autre explication pathogénique à l'inflammation et à la perforation de l'appendice iléo-cæcal. Pour le médecin de Tenon, l'appendicite est tout à fait comparable à l'accès de colique hépatique ou de colique néphrétique. Quelquefois un corps étranger venu du dehors, plus souvent un calcul, un coprolithe, ayant pris naissance dans le diverticule que forme le cæcum,

et ayant, — par cela même qu'il a été maintes fois brassé en tous sens dans cette cavité, — une forme arrondie, s'engage à un moment donné dans l'orifice appendiculaire que ferme incomplètement la valvule de Gerlach : il détermine, par irritation, des symptômes analogues en tous points à ceux produits par la pénétration d'un calcul dans le canal cholédoque ou dans l'uretère. Comme ces conduits, l'appendice réagit sous l'action du corps étranger par sa contractilité et par sa sensibilité. L'irritation des filets nerveux donne naissance à l'accès douloureux que, par comparaison, on peut désigner sous le nom de colique appendiculaire, et la motilité, mise en jeu par l'excitation des extrémités sensitives, tend à produire l'expulsion du calcul qui retombe dans la cavité cæcale. A la phase douloureuse succède le bien-être, et la colique appendiculaire est terminée, tout comme se termine la colique néphrétique quand le calcul rénal tombe dans la vessie, ou la colique hépatique lorsque le calcul biliaire a gagné le duodénum.

Mais si le corps étranger, qui a pénétré dans l'appendice, a des proportions trop grandes pour la cavité où il s'est engagé, les contractions de l'organe n'arrivent pas à triompher de la résistance due au frottement : la lumière du diverticule reste définitivement fermée et le calcul s'enclave. « De l'oblitération de l'orifice résultent l'accumulation des produits de sécrétion glandulaire de la muqueuse et la distension de l'appendice ; de la compression des vaisseaux, la diminution de vitalité de l'organe. Les microbes qui existent en permanence à la surface de la muqueuse pullulent et se multiplient dans le liquide

stagnant de l'appendice oblitéré, comme dans un vase clos (1) ». Aussi, dans ce cas, les parois de l'appendice, — mises en état de moindre résistance par l'ischémie que détermine la compression du calcul sur les vaisseaux nourriciers, — se laissent-elles infecter d'autant plus facilement qu'elles sont moins bien irriguées et que les microbes se multiplient davantage au-dessous du point oblitéré.

De nombreuses objections ont été faites à la théorie de Talamon. Tout d'abord, il est certain, — d'après la statistique de Talamon lui-même, — qu'en opérant, même au début, on ne retrouve pas toujours le corps du délit : il est donc des cas où l'appendicite n'est pas calculeuse. Et puis, ces calculs, dont la présence est nécessaire dans cette hypothèse, se forment-ils réellement dans le cæcum ? Talamon avait cru pouvoir l'affirmer en s'appuyant sur leur forme arrondie ; or précisément cette forme arrondie s'observe très rarement, ainsi que l'ont définitivement établi les recherches de Rochaz. Le plus souvent on est en présence de calculs en boudin, en noyau de datte, en tous cas allongés, presque jamais enroulés. En outre leur stratification, avec noyau stercoral central recouvert de plusieurs couches superposées de sels calcaires que cimente du mucus, est l'indice certain d'un développement in situ et d'un accroissement lentement progressif par appositions successives, sous l'influence de l'irritation chronique, de produits organiques et de sels minéraux.

(1) TALAMON. Appendicite et pérityphlite, 1892, p. 46-47.

D'ailleurs, les calculs se formeraient-ils dans le cæcum, il serait encore bien difficile d'admettre leur pénétration dans l'appendice, dont l'ouverture se fait presque toujours à la partie interne ou postéro-interne du cæcum, rarement, comme chez le fœtus, au point le plus déclive, et dont la lumière déjà si étroite, — puisqu'elle ne mesure que 2 à 5 millimètres de diamètre, — est encore rétrécie, au niveau de l'orifice intestinal, par la présence fréquente de la valvule de Gerlach. Enfin l'hypothèse de l'ischémie, à la suite de la compression des vaisseaux par le calcul, est difficilement acceptable puisque l'artère et la veine appendiculaires ne sont pas accolées à la paroi de l'organe, mais se logent sous le péritoine qu'elles soulèvent en formant le méso-appendice.

§ III. — Théorie du vase clos.

Talamon a eu le mérite de faire de l'appendicite autre chose qu'une lésion traumatique et d'accorder à l'infection un rôle prépondérant. Sa théorie du vase clos a été reprise et complétée par le P^r Dieulafoy qui a su la faire sienne et l'a exposée avec d'excellents arguments devant l'Académie de Médecine (1). D'après le professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu, la condition nécessaire pour amener l'appendicite est la transformation du diverticule en cavité close, la lumière de l'appendice pouvant être obli-
térée par un calcul stercoral né sur place, — plus rare-

(1) *Bulletins de l'Acad. de médecine*, 10 mars 1896.

ment par un corps venu du dehors, — par une bride fibreuse, une coudure, une torsion, ou par le boursofflement de la muqueuse. Il y a une véritable lithias appendiculaire, et le coprolithe peut, à un moment donné, transformer en vase clos le diverticule où il a pris naissance, tout comme la lithias rénale peut produire l'hydronéphrose par oblitération calculeuse de l'uretère. Entre les deux cas cependant il y a une grande différence : le calcul rénal retient en vase clos un produit aseptique, l'urine ; le calcul stercoral enferme au contraire les produits de sécrétion de l'appendice avec les nombreux germes qu'ils contiennent. Or, Clado a démontré dès 1889 que le coli-bacille de l'anse intestinale étranglée traverse peu à peu les tuniques de l'organe hernié, arrive dans le sac, et peut donner naissance à des accidents infectieux sans qu'il y ait perforation de l'intestin. Les belles recherches de Klecki publiées dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (1) nous ont appris qu'en pareil cas le coli-bacille pullulait très rapidement et que sa virulence était augmentée. Pareille chose se produit dans l'appendicite : le bactérium coli, hôte habituel de l'intestin, se conduit comme dans l'anse étranglée expérimentalement, et c'est ce qui explique comment on peut observer des accidents péritonéaux même sans perforation, alors que la péritonite s'observe rarement au niveau des ulcérations dothiénériques par exemple : c'est que, dans ce cas, la lumière de l'intestin reste perméable, et que, par consé-

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, t. IX, p. 710 et suiv.

quent, les microbes, ne trouvant pas réalisé le vase clos qui augmente leur virulence, sont incapables, comme normalement, de traverser les tuniques intestinales.

L'appendicite, telle que la comprend M. Dieulafoy, a été réalisée expérimentalement. Roger et Josué pratiquent sur le lapin la ligature aseptique de l'appendice, en ayant bien soin de ménager les vaisseaux, et l'appendicite se déclare, soit qu'ils injectent dans le vase clos du *bacterium coli*, soit qu'ils se bornent à la ligature pure et simple (1). De Rouville a répété les mêmes expériences et est arrivé aux mêmes résultats (2). Comme contre-partie, Apert a publié récemment (3) un cas de lésions tuberculeuses considérables de l'appendice qui sont demeurées toute la vie parfaitement silencieuses et n'ont point déterminé les symptômes de l'appendicite, parce que, dit-il, le diverticule s'ouvrait librement dans l'intestin, qu'il n'y avait pas formation de vase clos, partant pas d'exaltation de virulence, pas d'accidents infectieux ou toxiques.

En résumé, la théorie de Dieulafoy diffère de celle de Talamon en ce que l'oblitération de l'appendice se fait par un calcul ou par un obstacle autochtone et en ce que la pénétration des germes pathogènes à travers les tuniques de l'organe s'explique, non par un état de moindre résistance dû à un plus faible apport sanguin, mais par la

(1) *Société méd. des hôp.*, 31 janvier 1896, et *Revue de médecine*, juin 1896.

(2) *Presse médicale*, 27 mai 1896.

(3) *Presse médicale*, 14 décembre 1898.

pullulation et l'exaltation de virulence des microbes normaux de l'intestin.

Les faits sur lesquels M. Dieulafoy appuie sa théorie sont indéniables, et tout le monde admet que tel est, en effet, dans quelques cas, le mécanisme des accidents; mais ce qui paraît exagéré, c'est de dire qu'il ne peut pas y avoir appendicite sans vase clos. Plusieurs médecins se sont élevés contre l'absolu de pareille conclusion, mais ce sont surtout les chirurgiens qui sont venus affirmer que maintes fois, au cours de leurs interventions, ils ont trouvé l'appendice absolument perméable. Brun, Walther, Jalaguier, Broca, Reclus, Poncet, Quénu ont affirmé la possibilité de l'appendicite sans oblitération de la lumière du diverticule. Dieulafoy répond que l'oblitération n'est pas continuelle, et que, si l'on intervient par exemple au moment d'une accalmie, il est fort possible de trouver l'appendice perméable. Mais il est arrivé, à Bull notamment, d'opérer en pleine attaque et tout à fait au début de l'attaque, et de ne point trouver de cavité close. En outre, quand l'oblitération est due au gonflement inflammatoire de la muqueuse, n'est-il pas évident que la formation du vase clos est la conséquence et non la cause de l'appendicite? Enfin la théorie de M. Dieulafoy est impuissante à expliquer pourquoi, dans certains cas, on trouve des lésions, non seulement au-dessous, mais encore au-dessus du rétrécissement.

§ IV. — Théorie de l'infection.

Pour toutes ces raisons, la majorité des auteurs se rallie maintenant à une théorie qui a d'autant plus de chances

d'être vraie qu'elle est plus générale. L'appendicite, dit-on, est le résultat d'une infection, que l'infection se fasse par propagation ou par apport sanguin.

L'appendicite par propagation est généralement admise, et nombre de malades ont un passé intestinal. La cause prédisposante par excellence est l'entéro-colite. Le cas le plus probant est celui publié par Reclus (1), et qui fait le sujet de l'observation II de la thèse d'Anghel : il a la netteté d'une expérience de laboratoire : il s'agit d'une jeune femme qui, pour se débarrasser d'oxyures vermiculaires, prit d'elle-même un lavement au sublimé : elle présenta pendant plusieurs jours les symptômes d'une violente inflammation du gros intestin ; huit jours après la guérison de cette recto-colite, apparurent tous les signes de l'appendicite.

L'appendicite par propagation a été d'ailleurs reproduite expérimentalement, et Beaussenat rapporte, dans son excellente thèse (2), des expériences parfaitement concluantes : en alimentant des animaux avec des viandes en état de putréfaction avancée qu'il additionnait de bicarbonate de soude pour neutraliser au mieux l'action préservatrice du suc gastrique, il a réussi six fois à déterminer de l'entéro-colite avec appendicite consécutive. L'inflammation par propagation est donc hors de doute.

Il en est de même de l'inflammation de cause générale, seulement dans ce cas, les germes pathogènes sont ap-

(1) *Société de chir.*, 23 décembre 1896. — *Semaine méd.*, 23 juin 1897.

(2) *Appendicites expérimentales. Thèse*, Paris, 1897.

portés par le torrent circulatoire, et ils viennent eux-mêmes produire les lésions de l'appendice, ou, suivant une autre hypothèse, ils exaltent la virulence des microbes normalement inoffensifs de l'intestin. On a observé de la sorte des appendicites d'origine grippale, rubéolique, etc. Josué et Dominici (1) ont confirmé expérimentalement cette interprétation pathogénique, et ils ont produit des folliculites appendiculaires par injection intra-veineuse de streptobacille ou de contenu intestinal.

L'infection étant admise comme cause indispensable de l'appendicite, reste à expliquer pourquoi et comment elle frappe plus spécialement l'appendice, et pourquoi ce dernier réagit d'une façon toute particulière. Et d'abord, ainsi que le fait remarquer M. Reclus, (2) la disposition même de l'appendice explique en grande partie ce triste privilège. Ce diverticule intestinal, véritable « cæcum du cæcum » réalise tout à fait une fistule borgne interne et favorise au plus haut degré la « stagnation » microbienne, stagnation qui, à elle seule et sans formation de vase clos, amène la pullulation et l'exaltation de virulence des germes pathogènes, ainsi qu'en fournit de nombreux exemples la pathologie urinaire. En outre, l'histologie de l'appendice donne la raison de sa prédisposition morbide. Cet organe, d'une façon générale, présente la structure du gros intestin avec ses tuniques séreuse, musculuse, celluleuse et muqueuse, mais ce qui lui donne un

(1) *Gazette méd. de Paris*, 10 avril 1897.

(2) *Semaine médicale*, 23 juin 1897.

aspect tout spécial, c'est son appareil lymphoïde. « Celui-ci est formé par un nombre considérable de follicules clos, qui, chez le lapin, plus encore que chez l'homme, se présentent sous la forme d'une grande plaque de Peyer. Chez le nouveau-né, les follicules clos sont nettement développés mais petits. Chez les enfants, ils sont déjà si nombreux et si volumineux qu'ils ne laissent entre eux que des intervalles très étroits. La disposition typique, serrée des follicules se maintient jusqu'à l'âge de 20 à 30 ans. A partir de ce moment, ils diminuent de volume et sont moins serrés; leur forme change aussi: tandis que, chez les jeunes sujets, ils sont arrondis, un peu plus hauts que larges, ils s'aplatissent avec l'âge et leur hauteur est réduite au $\frac{1}{4}$ ou au $\frac{1}{8}$ de ce qu'elle était » (1). On le voit, la richesse de l'appendice en tissu lymphatique en fait un agent très actif de phagocytose que Bland Sutton et Sabli ont très justement comparé à l'amygdale. Comme l'amygdale, il détruit les microbes, mais, vienne une cause occasionnelle qui diminue sa résistance, et l'on aura une appendicite comme l'on a une amygdalite. Dans les deux cas une première atteinte met l'organe en état de moindre résistance et, de même qu'il n'est pas rare d'observer des angines à répétition, de même on voit assez souvent l'appendicite à rechutes, et l'on a de la sorte un exemple du danger qu'il y a à être porteur d'un foyer microbien latent, car il suffit d'un refroidissement, d'un excès de régime ou

(1) JONNESCO, in *Traité d'anatomie humaine* de Poirier, t. IV, p. 319-320.

d'un traumatisme insignifiant pour rallumer l'incendie qu'on croyait définitivement éteint. L'amygdale et l'appendice peuvent s'enflammer primitivement, mais ils peuvent aussi être atteints par propagation, l'angine étant parfois secondaire à une stomatite, et l'appendice étant souvent la conséquence d'une entéro-colite.

L'assimilation de l'amygdale abdominale et de l'amygdale buccale n'est pas une pure vue de l'esprit, et Carron de la Carrière a publié l'observation d'un malade qui fut atteint en même temps d'amygdalite et d'appendicite. Legendre, Brun, Goluboff se déclarent satisfaits de cette conception, et Roux de Lausanne écrivait en 1897 : « La comparaison de l'appendice avec l'amygdale reste ce qui a été dit de plus sensé au point de vue pathogénique... on n'a pas trouvé mieux ».

CHAPITRE III

APPENDICITE ET COLIQUE DE PLOMB

Un fait reste hors de doute à l'heure actuelle, c'est que l'appendicite est fonction d'infection, que l'apport de germes pathogènes ou l'exaltation de virulence des microbes normaux de l'intestin est la condition nécessaire à l'inflammation de l'appendice. Mais cette cause indispensable produira d'autant plus facilement son effet qu'elle trouvera dans les conditions où elle s'exerce un milieu plus favorable. En d'autres termes, ici, comme partout ailleurs, la graine ne suffit pas à déterminer la maladie, il faut encore qu'elle trouve un terrain propice où elle puisse se développer.

L'appendicite peut coexister avec tous les états morbides de l'individu, elle n'a pas d'antagoniste en pathologie ; mais nous croyons que, si elle se manifeste dans le cours de la colique de plomb, il faut voir dans cette association morbide autre chose qu'une simple coïncidence.

Byron Robinson, (1) pour expliquer la plus grande

(1) *Med. Record*. New-York, 30 novembre 1895.

fréquence de l'appendicite dans le sexe masculin, a invoqué l'action traumatisante sur l'appendice du muscle psoas qui se contracte plus souvent et plus énergiquement chez l'homme. Nous pensons plutôt avec Hector Treub (1) que l'immunité relative de la femme est due à ce fait, bien mis en lumière par Clado, que les vaisseaux lymphatiques du ligament large communiquent, par l'intermédiaire du mésentère appendiculaire, avec ceux du diverticule iléo-cæcal, et forment comme un déversoir qui permet à la phagocytose de s'exercer sur une plus grande échelle et avec plus de succès. Toutefois, si l'on invoque le traumatisme, combien plus que les contractions du psoas doit agir, pour favoriser la localisation microbienne, le tétanisme des vaisseaux et des muscles lisses de l'intestin produit par la colique de plomb.

Mais nous croyons qu'il faut chercher la raison par excellence de l'appendicite dans la colique saturnine dans l'inflammation que détermine sur l'intestin l'intoxication chronique par le plomb. Le temps nous a manqué pour contrôler expérimentalement si l'ingestion ou l'inhalation prolongée de plomb détermine chez les animaux de l'entéro-colite : le résultat, à notre avis, n'eût pas été douteux, à en juger d'après ce qu'ont appris les autopsies de saturnins. Kussmaul a trouvé dans l'intestin et le cholédoque des lésions d'inflammation catarrhale. Nivet (2) a observé la couleur rosée de l'intestin grêle, l'hypertrophie des fol-

(1) *Revue de gynécologie*, mars 1897.

(2) NIVET. *Gazette médicale*, 1837.

licules clos et des plaques de Peyer : dans un autre cas, la muqueuse du côlon avait un aspect grisâtre et ses follicules étaient hypertrophiés.

C'est surtout Tanquerel des Planches (1) qui cite des observations permettant d'affirmer l'existence de lésions inflammatoires. Dans plusieurs cas (vol. I, p. 315, 316, 318; vol. II, p. 145, 405, 470) il a constaté un « développement prodigieux des glandes de Brunner et de Peyer; » quelquefois il y avait en outre quelques piquetés hémorragiques. Deux autopsies permettent, je crois, d'affirmer nettement l'entéro-colite au cours du saturnisme (vol. II, p. 405 et 470) : elles sont à peu près copiées l'une sur l'autre.

« Dans plus de la moitié de l'intestin grêle existe une couche assez épaisse de matière jaune, gluante, fortement adhérente à la muqueuse, que l'on ne parvient à enlever qu'en raclant fortement avec le scalpel et pendant longtemps; le gros intestin se trouve tapissé également de cette matière... Ça et là, on observe des arborisations à l'intérieur du tube digestif; à l'extérieur, on aperçoit, de distance en distance, de petits points noirs auxquels viennent aboutir quantité de petits vaisseaux ».

Vaullegeard (2), dans la seule autopsie de saturnin qu'il lui a été donné de faire, trouve la fin de l'iléon, près de la valvule iléo-cæcale, ayant une coloration noirâtre sur laquelle les follicules se dessinent en blanc dans une étendue d'environ 3 pouces.

(1) Traité des maladies de plomb, 1839.

(2) Colique de plomb. *Thèse*, Paris, 1865.

Plus récemment, Pitt, cité par Ruge (1), a observé chez un sujet, mort au cours d'une colique saturnine, une pigmentation noire de tout le gros intestin, depuis le cæcum jusqu'à l'anus, pigmentation que l'examen chimique montrait être constituée par des sels de plomb.

Les lésions histologiques étaient les mêmes que celles observées aux gencives, au niveau du liséré de Burton, c'est-à-dire que les sels de plomb étaient déposés dans l'endothélium des vaisseaux et dans le voisinage immédiat de ceux-ci ; les vaisseaux étaient irrités, leurs parois souvent épaissies et leur lumière rétrécie.

Cette inflammation de la muqueuse intestinale n'a pas lieu de nous surprendre, car, s'il est permis de conclure par analogie, ne sait-on pas combien sont fréquentes chez les saturnins la gingivite et les parotidites dues à l'élimination du plomb ?

L'appendicite au cours de la colique de plomb nous paraît donc venir se classer tout naturellement dans les appendicites par propagation : ce n'est pas une maladie ajoutée à une autre maladie, mais une complication possible de l'intoxication saturnine.

Il est aussi très vraisemblable que l'anémie, si fréquente chez les intoxiqués par le plomb joue un certain rôle et met l'appendice en état de moindre résistance. Cette anémie, suivant Hayem, se caractérise par la diminution des globules rouges, leur déformation et l'augmentation de volume de quelques-uns d'entre eux ; la valeur globulaire

(1) *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, LVIII, 2-3.

fléchit. « L'anémie saturnine paraît, comme la chlorose, une anémie par désintégration exagérée des hématies ».

Mais si le saturnisme, par les lésions irritatives qu'il détermine au niveau de l'intestin, prédispose à l'appendicite, reste à expliquer pourquoi cette dernière ne se manifeste pas plus souvent au cours de la colique de plomb, car dans nos recherches bibliographiques, forcément incomplètes, nous n'avons pas trouvé d'autre observation publiée que celles reproduites à la fin de ce travail.

La difficulté du diagnostic doit certainement entrer en ligne de compte, et il n'est pas douteux pour nous qu'on n'ait plusieurs fois méconnu l'appendicite, à une époque surtout où cette maladie n'avait pas été étudiée comme de nos jours.

D'autre part, si le saturnisme peut, en créant des lésions inflammatoires de l'intestin, prédisposer à l'appendicite, il faut savoir que ces lésions sont loin d'être constantes, puisque Tanquerel des Planches ne signale que sept fois, sur quarante-neuf autopsies, l'hypertrophie des éléments glandulaires de l'intestin.

Enfin il résulte des autopsies de Tanquerel, de Kusmanl, de Maier, qu'au début on observe des lésions hypertrophiques des éléments glandulaires et musculaires de l'intestin, mais qu'à la longue l'intoxication chronique détermine l'atrophie de ces mêmes éléments. Ainsi donc, sous l'influence prolongée du plomb, la muqueuse subit prématurément l'involution atrophique qui s'observe à partir de 30 ans et il s'ensuit, d'après nous, que l'appendicite doit être rare chez un saturnin ancien comme elle l'est chez tout individu avancé en âge.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

§ I. — Symptômes de l'appendicite.

L'attaque d'appendicite peut être précédée de prodromes : inappétence, constipation, diarrhée quelquefois, sensation de pesanteur dans la fosse iliaque droite. Ces symptômes précurseurs sont surtout marqués dans le cas où le malade était déjà atteint d'entéro-colite. Souvent l'appendicite se déclare brusquement par une douleur abdominale violente, paroxystique, « en coup de pistolet » (Roux de Lausanne). M. Dieulafoy insiste pourtant sur ce fait que la douleur n'atteint pas d'emblée son apogée, qu'elle va en augmentant d'intensité et ne procède pas, par exemple, comme la douleur qui survient après la perforation d'un ulcère stomacal.

Quelques heures après le repas, le malade est pris subitement d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Le ventre, au début, n'est ni rétracté ni ballonné, mais les muscles, en état de contracture réflexe, rendent difficile l'exploration : ils sont surtout à la défensive au niveau du point malade. La constipation est la règle, et l'on observe presque toujours des vomissements alimentaires ou bilieux : la température, quoique au-dessus de la normale,

est en général peu élevée ; le pouls est accéléré et il est surtout en discordance avec la température qui est d'ordinaire assez faible. Les téguments de la fosse iliaque droite sont, suivant la remarque de M. Dieulafoy, le siège d'une hypéresthésie assez marquée. Bientôt le nez s'effile, les traits se tirent, le facies « se grippe », et fait songer à une péritonite,

C'est qu'en effet « les lésions de l'appendice ne se trahissent que par un symptôme personnel, la douleur. Tous les autres signes sont ceux de la réaction péritonéale. Ainsi nous interrogeons l'appendice, et c'est le péritoine qui répond (1) ». La douleur dans l'appendicite a pour caractère d'avoir son maximum dans la fosse iliaque droite et d'être réveillée, exquise, par la pression avec un seul doigt au niveau du point de Mac Burney qui correspond à peu près exactement au lieu d'implantation de l'appendice sur le cæcum et siège au milieu de la ligne droite réunissant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure.

§ II. — Symptômes de la colique saturnine.

La colique saturnine apparaît quelquefois comme premier symptôme de l'intoxication chronique par le plomb : ordinairement elle a été précédée d'autres accidents. Sa description a été magistralement faite par Grisolle. Sou-

(1) GALLIARD, in *Traité de médecine*, t. IV.

vent, ainsi que Pauvert l'a montré, elle fait suite à des excès d'alcool ou de boissons acides.

D'habitude, elle est devancée par un malaise général, de la courbature, de l'engourdissement, et par des prodromes dyspeptiques : Saveur sucrée à la bouche, langue pâteuse, inappétence, constipation. Souvent elle fait brusquement son apparition.

Le malade, déjà anémié par l'action lente du plomb, subit, au moment de la colique, une déglobulisation rapide : il est pâle et a la figure grippée.

Des douleurs abdominales violentes éclatent avec irradiations variées à l'hypogastre, au testicule, aux lombes, à l'épigastre, mais elles ont leur maximum d'intensité au voisinage de l'ombilic, « cette place d'armes de la sensibilité dans le saturnisme ». La peau de l'abdomen est très fortement hypéresthésique, aussi remarque-t-on ce phénomène particulier déjà connu de Fernel, à savoir qu'une pression légère, un frôlement, un pincement exaltent la douleur, tandis qu'une pression large, lente et forte la diminue de façon notable. Le ventre est dur, rétracté, en bateau, l'ombilic « quasi vertebris adhaerens » (Tronchin) : Le foie, cette éponge vasculaire, subit, du fait de la contraction des muscles lisses des vaisseaux, une diminution dans ses diamètres verticaux et transversaux, ainsi qu'on peut s'en assurer par la percussion (Potain). Souvent cette rétraction de l'organe hépatique s'accompagne d'un léger degré d'ictère. La constipation est la règle et dure autant que la colique. Fréquemment apparaissent des vomissements alimentaires, bilieux, porracés, rappelant par leur aspect ceux qu'on observe dans la péritonite :

le hoquet parfois se joint à eux et complète l'analogie. En règle générale, ce syndrome si douloureux ne s'accompagne d'aucune réaction fébrile : le pouls est ralenti, dur, « on dirait d'un fil de fer fortement tendu » (Stoll). Il donne au sphymographe un tracé pathognomique que Laveran et Teissier décrivent ainsi : « une pulsation très longue, avec une ligne ascensionnelle courte, légèrement inclinée : au sommet, deux et quelquefois trois rebondissements, le second généralement plus accentué que le premier, les rebondissements formant une espèce de plateau avant le dirotisme normal ; une ligne de descente rectiligne, sans accidents (1) ». Les urines sont rares. — Il faut encore signaler l'existence de points douloureux au niveau des insertions tendineuses (points sous-sternaux, suspubiens, inguinaux), points douloureux signalés par Briquet, Proust et Ballet, et bien étudiés dans la thèse de Faisnel (2).

(1) Pathologie interne, t. I, p. 392.

(2) Contribution à l'étude de la colique de plomb. *Thèse*, Paris, 1880.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

La difficulté est grande de reconnaître l'appendicite pendant la colique de plomb, ainsi qu'en témoignent les deux observations rapportées à la fin de ce travail, et peut-être aussi, croyons-nous, la rareté d'observations analogues.

De part et d'autre on observe de la douleur, des vomissements, de la constipation. Sans doute, dans la colique saturnine type le siège de la douleur n'est pas le même que dans l'appendicite ; mais si, dans la colique de plomb, c'est surtout la région péri-ombilicale qui est douloureuse, il est de règle d'observer des irradiations multiples épigastriques, iliaques, testiculaires, qui semblent pouvoir rendre compte de l'état de souffrance du malade. Ce qui fait porter sans hésitation le diagnostic de colique de plomb dans les états douloureux de l'abdomen, c'est la profession des malades, la connaissance d'attaques antérieures, l'anémie spéciale des intoxiqués chroniques, la présence au niveau des gencives du liséré de Burton, et, à la face interne des joues, des plaques tatouées de Gubled, c'est la coexistence d'une paralysie ou d'une encéphalopathie sa-

turnines. Tous ces signes, même réunis, ne suffisent pas à assurer un diagnostic exact ni surtout un diagnostic complet, si, comme nous croyons l'avoir établi, l'empoisonnement chronique par le plomb peut déterminer un état morbide de l'intestin qui prédispose à l'appendicite. Le tracé sphymographique serait pathognomonique de la colique de plomb si le pouls n'était modifié par la réaction péritonéale que développe l'inflammation du diverticule iléo-cæcal.

Le diagnostic cependant est de la plus haute importance, car le traitement de la colique de plomb ne convient pas du tout à l'appendicite qui s'accommode mal des purgatifs violents et répétés.

Nous pensons que l'irradiation des douleurs dans la fosse iliaque droite doit toujours faire songer à la possibilité d'une appendicite.

Le diagnostic sera certain si la douleur a son maximum au niveau du point de Mac Burney, — si elle est réveillée intense par la pression avec un seul doigt à l'insertion de l'appendice, — si elle est augmentée, au lieu d'être soulagée, par la pression lente, large et forte de la région appendiculaire, — si enfin il existe, au niveau du diverticule, un plastron localisé de défense musculaire.

Il faudra encore avoir l'esprit en éveil, et ne pas accepter les diagnostics tout faits, chaque fois que le pouls ne présentera pas nettement les caractères de force, de lenteur, de dureté qu'on lui a attribués dans la colique de plomb, — chaque fois surtout qu'un traitement réflexe, en apparence approprié, au lieu d'amener une accalmie aura aggravé la situation (Obs. II).

Si, au lieu d'occuper la fosse iliaque droite, la douleur siégeait dans la fosse iliaque gauche, il ne faudrait pas pour ce seul fait éliminer l'hypothèse d'appendicite, car, dans ces derniers temps, Routier, Schwartz, Frankel, ont publié des observations d'appendicite avec point de Mac Burney à gauche, soit que réellement le cæcum et l'appendice siègent à gauche, soit que l'appendice seul se dirige vers la gauche. Tout récemment (1), Glantenay a signalé un cas d'appendicite sous-hépatique par arrêt de migration du cæcum.

Le problème, que nous jugeons impossible de résoudre, est celui qui consiste à discerner une appendicite véritable d'avec la forme qu'on a décrite sous les noms d'appendicite fantôme (Brissaud), d'appendicite hystérique (Talamon), de pseudo-appendicite nerveuse (Berthier et Milian) et dont le cas le plus frappant a été publié par ces derniers auteurs (2) ; il s'agit d'un malade chez qui une laparotomie pour appendicite ne permit de rien découvrir et fut simplement exploratrice ; dans une deuxième laparotomie pour une rechute, on réséqua l'appendice qui présentait un moignon cicatriciel d'appendicite oblitérante atrophique.

Cette opération radicale n'empêcha pas le malade de présenter à nouveau tous les symptômes de l'appendicite qui, cette fois, disparurent sous l'influence de la suggestion.

(1) *Presse médicale*, 7 janvier 1899.

(2) *Presse médicale*, juin 1898.

Le saturnisme favorisant le développement de l'hystérie, il ne nous paraît pas invraisemblable qu'on observe un jour cette forme d'appendicite chez quelque intoxiqué chronique par le plomb. Le diagnostic n'en sera pas simplifié, et nous pensons que dans le doute il faudra instituer le traitement habituel de l'appendicite vraie.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Deux cas peuvent se présenter : ou bien le diagnostic d'appendicite n'est pas certain, ou bien il est sûrement établi.

Si l'on hésite pour savoir si une crise de colique de plomb est ou non compliquée d'appendicite, il faut bien se garder d'appliquer le traitement classique de la colique saturnine. Les purgatifs drastiques, les lavements, les diurétiques, le régime lacté risqueraient fort d'amener une perforation au cas d'appendicite.

Il faut, au contraire, se borner à calmer la douleur par des injections de morphine, à immobiliser le malade, à lui imposer une diète sévère et à lui tenir en permanence de la glace sur le ventre. C'est peut-être le seul cas où il soit permis de temporiser et de recourir au traitement médical... parce que le diagnostic d'appendicite n'est pas fait. La colique de plomb ne sera guère influencée par un pareil assaut thérapeutique, mais on s'attaquera à elle dès que tous les soupçons seront écartés.

Mieux vaut encore laisser le malade en proie à ses souffrances que de l'en débarrasser au prix peut-être de la vie.

Mais si les soupçons d'appendicite vont grandissant, si bientôt aucun doute ne reste sur la réalité de l'inflammation diverticulaire, ou si d'emblée on a eu le bonheur de poser ce diagnostic d'une façon certaine, — la conduite à tenir devient on ne peut plus simple et c'est la chirurgie qui se chargera, en enlevant la cause, de supprimer tout danger.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Publiée par M. le Docteur SERGENT (1).

Il y a cinq ans, en mars 1894, on apportait à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Gaucher, dont j'étais alors l'interne, un peintre en bâtiments souffrant depuis la veille de douleurs atroces dans le ventre.

La visite venait de se terminer; j'étais seul dans la salle. Je m'approchai du malade, et, avant même que j'eusse le temps de l'interroger, il me dit: « C'est des coliques de plomb; j'en ai déjà eu il y a deux ans, je sais ce que c'est; piquez-moi à la morphine! » Je l'examinai: facies anxieux et pâle, couvert de sueurs froides, lèvres pincées et blêmes; yeux excavés; langue sèche mais propre; liséré saturnin des plus nets sur les gencives; poulx serré, tendu, presque filiforme, mais parfaitement régulier; ventre nullement ballonné, fortement contracté, douleurs violentes dans tout l'abdomen, sans prédominance en aucun

(1) *Presse médicale*, 8 mars 1899.

point, exagérées par le moindre attouchement et légèrement atténuées par une pression prolongée au niveau de l'ombilic ; pas de fièvre, plutôt hypothermie légère (36°,6) ; rien au cœur, ni aux poumons.

Voilà bien le syndrome classique de la colique de plomb ; aucun doute n'est possible, étant donnés surtout la profession du malade et l'avertissement dont il avait cru devoir m'éclairer : « J'en ai eu il y a deux ans, je sais ce que c'est ! » Je me rendis donc à son désir avec d'autant plus de bonne volonté que je réalisais ainsi la plus urgente, la plus opportune des indications thérapeutiques ; je le piquai à la morphine. Puis, je prescrivis le repos complet, le lait, le miel soufré, un purgatif pour le lendemain matin et l'application de cataplasmes laudanisés sur le ventre, me réservant de recourir de nouveau à la morphine, si besoin en était.

Très soulagé à la suite de sa piqûre de morphine, le malade s'endormit pendant une bonne heure, rendit à son réveil, et sans souffrances, une centaine de grammes d'une urine claire qui ne contenait aucune trace d'albumine, émit plusieurs gaz par l'anus, mais n'eut aucune selle.

Vers la fin de l'après-midi, les coliques le reprirent avec la même violence, et il vomit deux fois en une heure le lait qu'il venait de boire. Le pouls restait régulier, serré, tendu.

Dans la soirée, en raison de l'intensité des coliques, je dus faire une seconde piqûre de morphine. La nuit fut assez bonne ; le malade dormit un peu et se plaignit moins.

Quand M. Gaucher le vit, le lendemain matin, il confirma le diagnostic de coliques de plomb et fit continuer le traitement prescrit la veille. Le malade semblait beaucoup mieux déjà, et nous étions en droit d'attendre une guérison prochaine.

Or, vers trois heures de l'après-midi, on m'envoya chercher en toute hâte au laboratoire ; le malade venait de vomir à pleine bouche un liquide verdâtre qui couvrait ses draps ; sa tête était retombée sur l'oreiller ; la face était exsangue, les yeux « retournés dans l'orbite » ; le pouls était imperceptible. J'essayai

par tous les moyens de le ranimer (éther, caféine, tractions rythmées de la langue, etc.); rien n'y fit, il mourut dans sa syncope.

L'autopsie devait nous révéler une véritable surprise et nous donner l'explication de cette terminaison imprévue: un liquide louche (véritable bouillon sale) fusait entre les anses intestinales, et cette péritonite généralisée avait son origine dans une appendicite gangreneuse; l'appendice était perforé en deux endroits, complètement libre et dépourvu d'adhérences; cette « colique de plomb » n'était qu'une appendicite suraiguë, perforante!

OBSERVATION II

Publiée par M. le Docteur SERGENT (1).

Albert B..., vingt-deux ans, entre salle Magendie, le 22 juillet 1898; il exerce la profession de peintre en bâtiments depuis l'âge de quinze ans, et n'a encore présenté aucun accident de saturnisme.

Il y a trois semaines, en sortant de table, il est pris brusquement d'une douleur abdominale violente, généralisée à tout le ventre, mais plus intense à l'hypogastre et dans la région de la fosse iliaque droite. Cette douleur s'atténue momentanément, puis revient, paroxystique et tenace. Le malade se couche, puis est pris de nausées suivies d'un vomissement bilieux très abondant et d'évacuations diarrhéiques. Un médecin est appelé et ordonne le repos au lit, l'application de cataplasmes et un purgatif à l'eau-de-vie allemande.

Ce traitement est suivi d'une amélioration rapide, et, au bout de huit jours, le malade reprend son travail.

Mais, quelques jours après, une nouvelle crise semblable à la première se déclare, et le malade entre à l'hôpital.

(1) *Presse médicale*, 8 mars 1899.

22 juillet. — Il est pâle et maigre ; les muqueuses sont décolorées ; les gencives présentent un liséré saturnin des plus nets. Le facies est anxieux ; le malade se tient plié en deux, les poings appuyés fortement sur le ventre. Tout l'abdomen est douloureux, sans localisation bien nette. La langue est humide et blanche, l'haleine est forte, le pouls est dur et lent, le thermomètre marque 36°,8. M. Léon Bernard, interne du service, qui voit le malade au moment de la visite du soir, porte le diagnostic de coliques de plomb et institue le traitement de la Charité.

23 juillet. — Le lendemain matin, en arrivant auprès du malade, mon attention est immédiatement attirée par une cuvette remplie de matières liquides et verdâtres qu'il vient de rendre ; je lui demande où il souffre, il me montre sans hésiter sa fosse iliaque droite ; j'examine cette région, la palpation est douloureuse et provoque la contraction du grand droit de l'abdomen ; le malade défend sa fosse iliaque ; le maximum de la douleur siège au point précis de Mac Burney, mais, s'il y a prédominance en ce point, tout l'abdomen est cependant douloureux ; la douleur est continue mais présente des paroxysmes qui éclatent brusquement, spontanément ou sous l'influence de la palpation ; au moment de ces paroxysmes, elle s'irradie vers le pli de l'aîne et le testicule droit.

Le ventre est très légèrement ballonné ; la percussion de la fosse iliaque droite donne une submatité légère, mais on ne perçoit, en palpant, aucun empâtement.

L'état général est peu satisfaisant ; inappétence complète, langue humide mais sale, épistaxis légère, diarrhée (attribuée au traitement prescrit la veille au soir).

Le pouls est dur et tendu, régulier, et bat 85 fois ; le thermomètre marque 37°.

En présence de cet état et particulièrement des constatations recueillies du côté de la fosse iliaque droite, des rechutes successives qui ont marqué le début de la maladie et de la brusquerie initiale d'apparition de la douleur au sortir de table, peut-être aussi, influencé par le souvenir de l'observation que j'ai relatée

précédemment, je fais des réserves sur le diagnostic, j'hésite à accepter d'emblée l'idée d'une simple colique de plomb et je songe à la possibilité d'une appendicite.

En conséquence, j'interromps le traitement de la Charité, je fais placer une vessie de glace sur la fosse iliaque droite, je prescris deux piqûres de morphine à 1 centigramme chaque (une le matin, une le soir), je mets le malade à la diète et j'attends.

Le 24 juillet, l'état reste le même; cependant le pouls bat 100 fois par minute, le malade se plaint un peu moins, mais la palpation de la fosse iliaque est toujours aussi douloureuse. Les piqûres de morphine sont remplacées par des pilules d'opium à 1 centigramme chaque (une toutes les quatre heures); la glace est continuée; on alimente légèrement le malade avec quelques gorgées de lait et de champagne.

Le 25 juillet, le facies est anxieux, grippé; les yeux excavés; le nez effilé; la diarrhée persiste; il n'y a pas de vomissements; le malade souffre moins, mais la palpation de la région iliaque droite est toujours douloureuse. Le soir, la température atteint 38°,5 et le pouls bat à 130, toujours régulier et tendu.

Le diagnostic d'appendicite paraît de plus en plus probable et, bien que le traitement médical semble ici suffisant, pour le moment du moins, je fais appeler M. Arrou, qui remplaçait alors M. Monod. M. Arrou partage mon opinion sur le diagnostic, et est également d'avis qu'il n'y a pas lieu d'intervenir actuellement.

Je fais poser trois sangsues sur la région iliaque droite, continuer l'application d'une vessie de glace et l'administration de pilules d'opium.

Le 26 juillet, la température baisse, le pouls est à 120, les douleurs sont moins violentes, la diarrhée a disparu, l'état général est plus satisfaisant.

Le 30 juillet, les phénomènes fébriles ont complètement disparu; le malade ne se plaint plus, mais la fosse iliaque droite reste sensible.

En août, l'application d'une vessie de glace est maintenue jusqu'au 15 août, et le malade reste au régime lacté absolu.

Le 15 août, tout allant bien et la palpation de la région iliaque ne provoquant plus aucune douleur, on retire la glace et on permet des potages, des œufs et un peu de pain. Tout va bien pendant quelques jours et le malade semble guéri, lorsque le 23 août, survient une nouvelle crise douloureuse, accompagnée d'une légère élévation de température. On place à nouveau une vessie de glace, et on donne une pilule d'opium de 1 centigramme toutes les quatre heures; régime lacté absolu en petite quantité.

Les jours suivants les symptômes s'accroissent à nouveau, le faciès se grippe, le ventre se ballonne, la température monte progressivement pour atteindre 38°,4 le 31 août, en même temps que le pouls, toujours régulier, bat à 105. En palpant la fosse iliaque, on constate tout d'abord la contraction énergique des grands droits, puis on provoque une douleur très vive, siégeant surtout au point de Mac Burney; la percussion est douloureuse et donne une zone de submatité correspondant à la région cæcale.

Le malade dit que chaque fois qu'il urine il éprouve une douleur aiguë le long du pli de l'aîne. M. Arrou, appelé à nouveau, décide d'intervenir dès que la poussée fébrile sera éteinte.

Le 3 septembre, la fièvre est tombée, l'état général est satisfaisant, l'intervention est décidée et pratiquée par M. Arrou. Or, il n'existait aucune collection purulente; l'appendice, absolument libre, put être réséqué sans aucune difficulté et la paroi suturée sans drainage. L'appendice d'apparence à peu près normale, quoique très long et très renflé à son extrémité, et anormalement rigide dans son ensemble, fut immédiatement recueilli pour l'examen histologique et fixé dans le sublimé acétique.

Les suites opératoires furent excellentes, et le malade sortit guéri le 7 octobre.

L'examen histologique de cet appendice a montré avec la plus grande évidence des lésions profondes de la muqueuse, l'épithélium de revêtement paraissait peu altéré, les follicules clos étaient énormes, congglomérés, les glandes dilatées dans leur profondeur et rétrécies au niveau de leur goulot; dans la sous-muqueuse et

jusque sous le péritoine on rencontrait de ci de là sur plusieurs coupes des lymphatiques gorgés de globules blancs; sur quelques coupes on trouvait dans les couches profondes de la muqueuse de véritables abcès histologiques; la lumière de l'appendice était libre dans toute sa longueur, mais occupée à différentes hauteurs par des amas de cellules épithéliales et de leucocytes agglomérés dans du mucus; sur quelques coupes colorées à la thionine phéniquée, on pouvait trouver des colonies de *bacterium coli* jusque dans les couches profondes de la muqueuse, notamment au sein des petits abcès histologiques.

M. Letulle, qui a bien voulu examiner ces coupes, a confirmé le diagnostic d'appendicite à forme folliculaire hypertrophique et émis l'opinion que, selon toute probabilité, il s'agissait là d'un cas d'appendicite à évolution progressive restée longtemps torpide, et ayant procédé par poussées inflammatoires successives.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite est toujours due à l'infection ; souvent l'inflammation se fait par propagation de l'intestin à l'appendice.

II. — Le saturnisme chronique peut déterminer des lésions d'entéro-colite : il est donc possible de voir l'appendicite compliquer une des manifestations de l'intoxication, notamment la colique de plomb.

III. — Le diagnostic, souvent très difficile, doit reposer sur la siège maximum de la douleur dans la fosse iliaque droite au point de Mac Burney, sur les caractères de cette douleur que ne calme pas la pression large, lente et forte de l'abdomen, sur l'existence d'un plastron de défense musculaire au niveau de la région appendiculaire.

IV. — Le traitement, purement antialgique et immobilisateur tant que le diagnostic est douteux, doit être chirurgical dès que l'appendicite est reconnue d'une façon certaine.

Vu :
Le doyen :
BROUARDEL.

Vu :
Le président de thèse :
POTAIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

En plus des journaux et revues cités dans le cours de ce travail, nous avons consulté avec fruit les ouvrages suivants :

L. GALLIARD. — Art. appendicite, in *Traité* de Brouardel, Gilbert et Girode, t. IV.

DIEULAFOY. — Manuel de path. int., 11^e édition, t. III et IV.

— *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, 2 vol.

JALAGUIER. — Art. appendicite, in *Traité* de Reclus, 2^e éd., t. VI.

Aimé GUINARD. — Art. appendicite, in *Traité* de Delbet et Le Dentu, t. VII.

SEBILEAU. — Leçons de chirurgie.

TALAMON. — Appendicite et pérityphlite.

— Art. appendicite, in *Traité* de Robin, t. XIII.

BRUN. — Art. appendicite, in *Traité* de Grancher, t. III.

L. GALLIARD. — Art. appendicite, in *Traité* de Charcot, Bouchard, Brissaud, t. IV.

Ch. MONOD et J. VANVERTS. — L'appendicite.

LEGUEU. — De l'appendicite.

RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY. — Pathologie externe, 4^e éd., t. III.

FORGUE et RECLUS. — Thérapeutique chirurgicale, 2^e éd., t. II.

ROCHAZ. — Contribution à l'étude des calculs appendiculaires.
Thèse, Lausanne, 1895.

- ANGHEL. — Pathogénie de l'appendicite. *Thèse*, Paris, 1897.
- BEAUSSENAT. — Appendicites expérimentales. *Thèse*, Paris, 1897.
- TANQUEREL DES PLANCHES. — *Traité des maladies de plomb*.
- LAVERAN et TEISSIER. — *Pathologie interne*, t. III.
- A. MANOUVRIEZ, in *Dictionnaire de Jaccoud*. Art. plomb.
- GRISOLLE. — *Pathologie interne*, t. II.
- LETULLE, in *Traité de Brouardel, Gilbert et Girode*, t. III.
- RICHARDIÈRE, in *Traité de Charcot, Bouchard et Brissaud*, t. II.
- J. CHARCOT, in *Manuel de Debove et Achard*, t. VII.
- VAULLEGEARD. — Colique de plomb. *Thèse*, Paris, 1865.
- AYMÉ. — Colique de plomb. *Thèse*, Paris, 1860.
- PAUVERT. — Colique de plomb. *Thèse*, Paris, 1877.
- FAISNEL. — Colique saturnine. *Thèse*, Paris, 1880.
- TRONCHIN. — *De colicâ pictorum*. Genève, 1756.
-

TABLE DES MATIÈRES

CHAP. I. — Introduction.	7
CHAP. II. — Pathogénie de l'appendicite.	11
CHAP. III. — Appendicite et colique de plomb.	22
CHAP. IV. — Symptomatologie.	27
CHAP. V. — Diagnostic.	31
CHAP. VI. — Traitement.	35
CHAP. VII. — Observations.	37
CONCLUSIONS.	44
BIBLIOGRAPHIE.	45



CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT